

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 778

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

VIDAL Charles

né le 28 octobre 1914 à Saint-Etienne

ORGANISATION SANITAIRE
des Services de la Défense Passive
de Paris
et du Département de la Seine

Président : M. L. TANON, Professeur

P A R I S

LIBRAIRIE GÉNÉRALE DE DROIT ET DE JURISPRUDENCE

R. PICHON et R. DURAND-AUZIAS

20, Rue Soufflot, 20

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : Vidal.

Prénom : Charles.

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

VIDAL (Charles). —

Organisation sanitaire des Services de la Défense Passive de Paris et du Département de la Seine. — Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1942, in-8°, 48 p.

(Thèse Médecine (Etat), Paris, 1939, N°)

VIDAL (Charles). —

Organisation sanitaire des Services de la Défense Passive de Paris et du Département de la Seine. — Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1942, in-8°, 48 p.

(Thèse Médecine (Etat), Paris, 1939, N°)

VIDAL (Charles). —

Organisation sanitaire des Services de la Défense Passive de Paris et du Département de la Seine. — Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1942, in-8°, 48 p.

(Thèse Médecine (Etat), Paris, 1939, N°)

VIDAL (Charles). —

Organisation sanitaire des Services de la Défense Passive de Paris et du Département de la Seine. — Paris, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1942, in-8°, 48 p.

(Thèse Médecine (Etat), Paris, 1939, N°)

THÈSE POUR LE DOCTORAT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

VIDAL Charles

né le 28 octobre 1914 à Saint-Etienne

ORGANISATION SANITAIRE
des Services de la Défense Passive
de Paris
et du Département de la Seine

Président : M. L. TANON, Professeur

P A R I S

LIBRAIRIE GENERALE DE DROIT ET DE JURISPRUDENCE

R. PICHON et R. DURAND-AUZIAS

20, Rue Soufflot, 20

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	P. VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.

Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale.	N...
	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE . Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY . Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET . Bactériologie.
 BOULANGER . Chimie.
 BOULIN . Pathologie médicale.
 BROUET . Pathologie médicale.
 BULLIARD . Histologie.
 CACHERA . Pathologie médicale.
 CORDIER . Anatomie.
 COSTE . Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE . Anatomie pathologique.
 DELAY . Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.). Physique.
 DESOILLE . Médecine légale.
 DIGONNET . Obstétrique.
 DOGNON . Physique.
 FEVRE . Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie
 chirurgicale.
 GALLIARD . Parasitologie.
 GARCIN . Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie.
 pathologique.
 GAYET . Physiologie.

MM.

DE GENNES . Pathologie médicale.
 GIROUD . Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN . Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON . Hygiène.
 LACOMME . Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER . Parasitologie.
 LELONG . Pathologie médicale.
 LEMAIRE . Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE . Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY. Pharmacologie.
 MARCHAL . Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . Pathologie médicale.
 MOUQUIN . Pathologie médicale.
 PATEL . Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 RENARD . Ophtalmologie.
 RICHET . Physiologie.
 SÈNÈQUE . Pathologie chirurgicale.
 SICARD . Pathologie chirurgicale.
 SOULIE . Pathologie médicale.
 SUREAU . Obstétrique.
 TURPIN . Pathologie médicale.
 WILMOTH . Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE . Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT . Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET . . .	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ . . .		BROCQ . . .	
CATHALA . . .		CADENAT . . .	
CHABROL . . .		GATELLIER . .	
CHEVALLIER.		de GAUDART	
DONZELOT . .		d'ALLAINES	
DUVOIR . . .		LEVEUF . . .	
GASTINEL. . .		MOULONGUET	
HUGUENIN . .		MOURE . . .	
LAROCHE (G).		QUENU. . . .	
LIAN			
MOREAU . . .			
PIÉDELIÈVRE			
SÉZARY. . . .			

MM.	
ECALLE. . . .	} Clinique obstétricale.
METZGER . . .	
PORTES. . . .	
VIGNES. . . .	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur à l'Institut de Médecine Coloniale
Conseiller Technique du Ministère de la Santé Publique

Inspecteur général des Services techniques d'hygiène
à la Préfecture de Police

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'inspirer
le sujet de cette thèse et d'en accepter la présidence.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre
profonde reconnaissance.

A NOS MAITRES

à la Faculté de Médecine de Paris
et dans les Hôpitaux de Paris

INTRODUCTION

« Un danger attendu et sainement apprécié contre lequel on a pris toutes les précautions possibles, n'est plus une surprise, et si graves qu'en soient les conséquences, on y fait face...

« Faisons l'éducation de notre nation et elle saura, le moment venu, faire face à l'orage. »

(Général NIESESEL).

Opposition de clans, opposition de peuplades, opposition de nations, la guerre jusqu'à nos jours avait revêtu le caractère d'une rencontre de forces armées. L'endurance des soldats, les capacités stratégiques des chefs étaient les facteurs déterminants du sort de la guerre.

Aujourd'hui, il ne s'agit plus seulement de détruire les formations de combat ou les objectifs militaires de l'adversaire, mais d'affaiblir, en la démoralisant, le potentiel nerveux de résistance de sa population civile.

C'est la raison pour laquelle les centres urbains ou les agglomérations importantes sont, actuellement, plus particulièrement exposées à ce danger plus menaçant au fur et à mesure des progrès de la science : la guerre aéro-chimique.

Ainsi, le rôle des médecins et des organisations sanitaires, en période d'hostilités, s'est accru et les nouvelles exigences qu'il comporte paraissent être, d'abord, d'ordre psychologique — rassurer — ensuite et principalement, d'ordre technique : « porter, dans « le délai le plus rapide, le secours le plus efficace ».

C'est dans ce but qu'a été assurée sous le contrôle de la Sous-Commission Sanitaire de Défense Passive, instituée par l'arrêté du Préfet de Police, en date du 25 mars 1932, l'organisation des Services Sanitaires de Paris et du Département de la Seine.

Considérés, en effet, par le Ministre de l'Intérieur, comme ne formant qu'une même agglomération, Paris et sa banlieue proche avaient un intérêt évident à voir s'instaurer un système de défense commun. De cette idée naquit le Secrétariat Général Permanent divisé en deux commissions, elles-mêmes subdivisées en onze sous-commissions, dont celle des services sanitaires.

Ce dernier organisme, après avoir procédé à l'aménagement des Postes de secours abrités, les a dotés d'un matériel perfectionné mis à la disposition d'un personnel spécialement entraîné.

POSTES DE SECOURS

Les errements du début — création de postes de peu d'importance disséminés par arrondissements ou communes — furent abandonnés dès qu'il fut loisible de constater que ces postes ne pouvaient, eu égard à leurs proportions exigües, recevoir un nombre élevé de victimes. A cette raison, déjà suffisante en soi, s'ajoutait la nécessité de prévoir des locaux aménagés de telle sorte que chaque nature d'affection puisse y faire l'objet de soins particuliers.

En effet, les bombes actuellement en usage étant de trois sortes — explosives, incendiaires ou toxico-asphyxiantes — il y avait lieu de prévoir trois catégories de personnes atteintes :

- des blessés parfois gazés ;
- des brûlés par incendie ou liquides caustiques dits encore vésiqués ;
- des asphyxiés (suffoqués, syncopés, intoxiqués).

Ainsi fut décidée la création d'un seul poste par arrondissement ou par commune, aussi abrité que possible, toujours installé en sous-sol et comportant quatre formations se complétant et se suppléant deux par deux.

Postes principaux

Ils sont installés dans des locaux spacieux permettant une circulation aisée des brancards et du personnel. Après avoir reçu les premiers soins des équipes d'urgence, les victimes des bombardements aériens sont dirigées vers ces postes souterrains. Elles y subissent un examen médical et, le cas échéant, chirurgical, ainsi que les traitements nécessaires. Elles sont ensuite évacuées vers les hôpitaux ruraux. Seuls les asphyxiés doivent, obligatoirement, être transportés couchés. Les vésiqués et blessés peuvent être conduits assis. Ils sont parfois même susceptibles de gagner le poste en marchant s'ils ne sont pas gravement atteints.

Le Poste Principal est ainsi constitué :

— un grand « sas » d'entrée, sis au rez-de-chaussée, dont l'accès est commandé par une sonnerie électrique le reliant à la salle de triage d'où le chef d'abri dirige la descente vers les locaux souterrains ;

— un escalier de descente ;

— la salle de triage sus-mentionnée où la victime est examinée par le médecin-chef du triage qui la classe en blessée, gazée, asphyxiée ou vésiquée.

On ajoutera que le « sas » utilisé comme entrée peut, en outre, servir de lieu de désinfection. Il suffira que chaque arrivant y soit soumis à une vaporisation

avec un mélange d'eau et de chlorure de chaux. Dès qu'une arrivée massive est signalée par les équipes mobiles, le chef d'abri prend toutes dispositions utiles pour le transport des vésiqués dans les salles qui leur sont réservées, afin d'éviter que leur passage dans le local de triage ne souille l'atmosphère de cette pièce.

Le service pour vésiqués comprend une salle de déshabillage pour les hommes, une salle identique pour les femmes, une salle de neutralisation des vêtements, une salle de désimprégnation des téguments, douche, lavage des yeux et rhabillage avec effets neutres, salle de traitement des vésications et brûlures.

Le service pour asphyxiés comporte :

— salles d'attentes, salles pour soins spécialisés munies d'appareils de respiration, tubes de carbone, tubes d'oxygène, etc..., et salles d'attente d'évacuation.

Le service pour les blessés gazés est réduit à une salle d'opérations avec instruments de chirurgie.

Postes secondaires

Leur rôle est de suppléer à certains endroits, principalement en banlieue, les postes principaux.

Leur équipement, de peu d'importance, comprend essentiellement, salles de douches et salles de pansements.

Après avoir reçu, dans les postes secondaires, les premiers soins nécessités par leur état, les malades plus gravement atteints sont évacués en direction des postes principaux.

Postes de surface

Dans de nombreuses localités, le projet de création d'abris souterrains a dû être abandonné. Ainsi fut-on, nécessairement, conduit à installer des postes de surface. Cette mesure a, d'ailleurs, été étendue aux centres urbains eux-mêmes, et plus précisément à Paris.

Il est à craindre, en effet, que négligeant les centres de secours, nombre de personnes atteintes, par habitude, ou simplement même à cause de leur proximité, ne se dirigent vers les hôpitaux ou dispensaires.

Ces établissements, auxquels il convient de rattacher les cliniques privées, ont été par suite aménagées en vue de recevoir cette catégorie de malades.

On notera, cependant, que les postes de l'espèce fonctionnent, uniquement, dans l'intervalle des alertes avec un matériel réduit, permettant seulement de donner les premiers soins, mais comportant, en tout état de cause, une salle de douches.

Postes de lavage

Ils sont destinés à doubler les postes de surface, mais n'assurent pas les soins. Installés dans les établissements de bains et douches municipaux ou privés, leur rôle est limité au lavage et nettoyage des personnes qui se trouvaient à proximité d'un lieu de déflagration.

Aucune hospitalisation n'y est prévue.

L'alerte terminée, ceux qui, après triage, sont reconnus réellement atteints, sont immédiatement dirigés vers les hôpitaux.

HOPITAUX Z

Il s'agit d'un terme générique désignant deux formations distinctes :

- les salles Z ;
- les hôpitaux Z proprement dits.

A. — Salles Z

Comportant deux pièces distinctes où les femmes et les hommes sont traités séparément, les salles Z sont installées dans les hôpitaux de l'assistance publique. Chacun de ces établissements est affecté à une circonscription particulière de Paris ou du Département de la Seine.

Toutes références permettant cette coordination font l'objet d'une affiche spéciale apposée sur les murs des différents postes de secours.

B. — Hôpitaux Z

Ce sont les hôpitaux ruraux où sont transportées, après leur passage, généralement bref, dans les salles Z, les personnes insuffisamment rétablies.

Les hôpitaux de l'espèce doivent remplir deux conditions primordiales de situation et d'aménagement, à savoir :

— être le plus éloignés possible des zones vulnérables ;

— être bien outillés en vue du traitement des gazés.

La fondation « A. Chérioux », dont les bâtiments ont été élevés sur la route de Fontainebleau, à un kilomètre de Villejuif, donc, pratiquement en dehors du rayon d'attaque, est le principal hôpital Z de la région parisienne. 1.500 lits sont actuellement prévus, mais ce nombre peut être facilement doublé et le choix qui a présidé à l'équipement s'est révélé particulièrement judicieux.

On trouve, au surplus, d'autres hôpitaux dans des communes suburbaines et notamment à Boulogne, Vanves, Créteil et Villeneuve-Saint-Georges.

Ventilation des postes

A défaut d'alimentation en air pur, l'aération des postes-abris est réalisée par aspiration d'air extérieur à l'aide d'un ventilateur et par filtration, grâce à des appareils épurateurs.

Ces appareils filtrants, en assez grand nombre, sont le résultat de la mise en œuvre des procédés mécaniques, physicochimiques ou de neutralisation chimique.

Ventilation forcée

Ainsi que l'a démontré le Professeur TANON, la ventilation des postes de secours ne peut être conçue de façon identique à celle des abris.

En effet : surpression élevée mais constante, telle est la règle à observer dans les abris. Cette surpression, par contre, est nuisible à la santé des blessés transportés dans les postes de secours et notamment à celle des asphyxiés, plus particulièrement sensibles aux variations de pression auxquelles ils sont déjà soumis, à tous instants, par suite de l'ouverture et de la fermeture de la porte d'entrée.

C'est pour obvier à de tels inconvénients que le Professeur TANON a préconisé, dans les postes dits de secours, une ventilation forcée « aération continue en « excès, réalisant une légère surpression qui se rétablit elle-même et presque instantanément, dès « qu'une fuite vient à se produire ».

On a ainsi calculé qu'il convenait d'avoir des appareils ventilateurs d'un débit de 2 mètres cubes-heure, par mètre-carré de sol d'abri.

La surpression réalisée de la sorte qui est de l'ordre de 2 à 6 millimètres, toutes ouvertures étant fermées, apparaît suffisante pour des pressions extérieures de 1 millimètre 5, conformément aux expériences de contrôle réalisées par les chimistes du laboratoire municipal sous la direction de M. KLING.

Enfin, on notera — et c'est là un point essentiel, — que les variations de pression occasionnées par l'ouverture des portes sont insignifiantes. Mais quel que soit le perfectionnement apporté à ces systèmes de protection, il convenait de s'entourer du maximum de garanties et d'avoir recours à des réactions de contrôle.

C'est dans cet esprit qu'a été réalisée la :

Détection des Gaz à l'intérieur

De nombreux appareils existent : Appareils de l'armée, appareil de Kling, appareil de Bruère.

On a résolu d'avoir recours à ce dernier. Basé sur le même principe que le détecteur L. D. du service d'artillerie, servant à déceler l'oxyde de carbone dans les casemates, il se présente comme le plus résistant bien que n'étant pas le plus sensible ; mais il convenait, avant tout, de donner la préférence à des appareils qui ne risquent pas de se détériorer facilement.

Deux pharmaciens analysent, chaque quart d'heure, l'un l'air extérieur, l'autre l'air du poste. Ils sont en relation avec les services officiels de détection et, suivant les résultats, peuvent autoriser la sortie, l'interdire ou exiger le port du masque.

EQUIPES D'URGENCE

La rapidité du transport des gazés s'étant révélée comme un des facteurs essentiels de guérison, le chapitre concernant ces frais a fait l'objet, lors de la conception des plans d'évacuation et d'hospitalisation des intoxiqués, d'une large dotation.

Ainsi, les gazés peuvent être voiturés, avec toute la célérité nécessaire, vers les centres de traitement pourvus de matériel médico-chimique.

Néanmoins, les premiers soins doivent être administrés sur les lieux mêmes de chute de la bombe.

Il était donc nécessaire de prévoir un personnel qualifié, équipé de façon appropriée, muni de moyens rapides de déplacement et doté du matériel adéquat.

C'est la raison pour laquelle furent constituées les équipes d'urgence, également dénommées équipes mobiles de secours.

Elles sont constituées de la façon suivante :

- un médecin,
- quatre infirmières,
- deux infirmiers,
- un pharmacien détecteur,

attachées à chaque poste principal, constamment en état d'alerte, prêtes à partir à tout moment dès qu'un

point de chute leur est signalé, ces équipes ont à leur disposition une voiture automobile à laquelle est relié un dispositif mobile dit « Remorque Anti-gaz d'Anglade ». Ces remorques, outre les pansements, médicaments et appareils divers qui permettent de donner, sur place, les soins immédiats aux blessés de toutes catégories, vésiqués, gazés, renferment une caisse à l'intérieur de laquelle sont rangés :

— un réservoir à eau d'appel d'air du système détecteur ;

— un appareil pulvérisateur relié à un réservoir contenant, sous pression, une solution alcaline destinée à neutraliser l'atmosphère ;

— un tube de carbogène avec masques inhalateurs ;

— un pulvérisateur portatif pour neutraliser les vésiqués ;

— des gouttières métalliques pour fractures.

Aux deux extrémités de la caisse sont fixés deux coffres de bois dont les parois latérales se rabattent formant table et comprenant les objets suivants :

Dans le premier coffre :

— Système détecteur constitué par une série de flacons contenant chacun des réactifs appropriés, destinés à mettre en évidence les principaux gaz connus ;

— Tubes renfermant des aiguilles pour saignée, des seringues et médicaments divers, huile camphrée, morphine, caféine.

Dans le deuxième coffre :

- Flacons de collyre cocaïné au 1/200^e ;
- Perles d'éther ;
- Teinture d'iode ;
- Pansements tout préparés de formats divers.

Ambulances

Les blessés, ayant reçu des équipes d'urgence les premiers soins sur les lieux mêmes de chute, doivent évidemment être transportés le plus rapidement possible, et dans les meilleures conditions, jusqu'au poste de secours.

C'est à cet effet qu'ont été établies, spécialement pour les besoins de la défense passive, des voitures d'ambulance.

Elles sont absolument étanches. La ventilation et le renouvellement de l'air sont assurés par des bouteilles d'air comprimé.

Chaque poste possède deux voitures automobiles avec huit brancards chacune et deux remorques comportant six brancards.

Ainsi une trentaine de victimes peuvent-elles être secourues en même temps, ce qui est, si l'on veut tenir compte du fait qu'il s'agit uniquement de blessés graves et que les points de chute risquent d'être assez dispersés, probablement suffisant.

Personnel

Mais une telle organisation, si méticuleuse et si rationnelle soit-elle, ne saurait être envisagée sans un personnel particulièrement qualifié et entraîné.

A sa tête, le médecin chef de poste.

« Il doit, naturellement, avoir toute autorité sur
« l'ensemble du personnel, le dispositif du poste sou-
« terrain, immergé dans une atmosphère délétère,
« étant analogue à un sous-marin en plongée et ne
« comportant qu'un commandement unique. »

Il est le directeur de l'ensemble, en règle le fonctionnement suivant les circonstances. Il contrôle les entrées et les sorties par évacuation ou décès. Il a l'initiative des relations avec les autorités civiles, militaires, hospitalières. Il est seul qualifié pour résoudre les questions de relations avec les services de relève, de transports vers le poste et d'évacuation des locaux, de réapprovisionnement en matériel. Il relève seulement de l'autorité du Directeur des Services Sanitaires de la mobilisation civile. Les obligations du médecin-chef étant multiples et son activité médicale s'en trouvant forcément réduite, il est secondé dans sa tâche par :

1° Un chef d'abri ;

Le chef d'abri est responsable de la vie en air

surpressé ou confiné du personnel et des malades. Il alerte l'ensemble du poste par les sonneries d'alarme. Il ferme les soupiraux, répond aux demandes d'accès dans le poste, surveille la neutralisation du sas. Il met en route les appareils de régénération de l'air expiré et surveille attentivement l'appareil filtrant de surpression.

2° Un médecin-adjoint ;

Le médecin-adjoint est chargé du triage et de la direction en général.

« Il reçoit les malades, *assis* et *couchés*, consulte
« la fiche de détection dont chacun peut avoir été
« muni à l'extérieur par les équipes d'urgence, éta-
« blit un diagnostic sommaire et dicte deux fiches :

« L'une de triage qui sera épinglée aux vêtements
« des malades avant leur départ vers la salle de trai-
« tement approprié, l'autre qui doit rester au dossier
« et être alphabétiquement classée. »

3° Un médecin au moins par service ;

4° Des infirmiers-majors ;

5° Des infirmières à raison d'une pour cinq lits ;

6° Des infirmiers de salle ;

7° Des infirmiers de couloir ;

8° Des brancardiers ;

9° Une infirmière lingère ;

10° Trois pharmaciens, dont deux affectés au service de détection des gaz, et un pour les préparations médicamenteuses nécessaires ;

11° Un électricien.

Telle est, dans son ensemble, l'organisation sanitaire des services de la défense passive de Paris et du Département de la Seine.

CONCLUSIONS

En somme, cette organisation, réalisée par le Professeur TANON et selon le plan du médecin colonel ANGLADE, comprend deux parties :

- 1° Des postes de secours pour les premiers soins ;
- 2° Des hôpitaux.

1° Postes de secours :

Dans les postes de secours il a été établi un échelon qui comprend :

Les postes principaux, un par arrondissement de Paris, un par commune ou groupe de communes de la Seine, chacun d'une superficie minimum de 800 m².

Les postes secondaires, dans les endroits où la densité de la population est faible. Ils suppléent aux précédents.

Les postes de surface, qui ne fonctionnent pas pendant l'alerte.

Les postes de lavage ou de désimprégnation, qui doublent les postes de surface.

2° *Hôpitaux Z* :

Après les premiers soins, les blessés sont évacués dans les hôpitaux « Z », qui comprennent deux formations :

— *les salles Z*, aménagées dans les hôpitaux de l'Assistance Publique, d'où les malades sont libérés après guérison ou transférés dans les hôpitaux Z.

— *les Hôpitaux « Z »* proprement dits installés dans les hôpitaux suburbains ou provinciaux.

Il est évident que c'est là une solution d'attente que l'expérience de la guerre et, peut-être, l'emploi de nouveaux gaz pourront modifier sensiblement. Mais, de toutes les solutions proposées, c'est celle qui tient le mieux compte des facteurs d'ordre financier, technique et psychologique, dont on ne saurait sous-estimer la valeur, et celle qui permet d'assurer les soins à la population tout entière.

Peut-être le projet du D^r G. RUTH, sur la protection contre la guerre aérienne, donnerait-il plus de sécurité que le système actuel, s'il était réalisable, et faciliterait-il ainsi beaucoup la tâche des organisations sanitaires ; mais ce projet, qui comprend des constructions et aménagements multiples et de coûteux abris, ne peut être qu'un aperçu théorique ; ainsi, pour une ville de 1 million d'habitants, ses aménagements coûteraient 160.000.000 de dollars, soit 160 dollars par habitant,

Et ce n'est en fin de compte, semble-t-il, que lorsqu'on donnera une orientation différente aux directives de construction des nouveaux quartiers urbains que l'on pourra espérer améliorer les organisations sanitaires en général et celle de la défense passive en particulier.

Vu : LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu : LE PRÉSIDENT,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ANGLADE (M.). — Défense de la population civile contre la menace toxi-asphyxiant des attaques aériennes.

— « Un des aspects de l'organisation médico-chirurgicale de la défense passive ». *Le Monde médical*, 15 mai 1939, N° 936.

DEMOLES. — « Protection des populations civiles contre la guerre chimique ». *Revue Internationale de la Croix Rouge*, septembre 1931, N° 153.

DES CILLEULS. — « A propos de la protection de la population civile contre la guerre chimique. L'état actuel de la question dans les différents pays ». *Bulletin de la Société des lettres, arts et sciences du saumurois*, avril 1931.

RUTH (G.). — « Frais de protection de la population d'une ville d'un million d'habitants contre les bombes brisantes, lourdes, gaz et incendie ». *Revue Internationale de la Croix-Rouge*, juin 1929, N° 126.

TANON (L.). — Conférences sur la défense passive.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
POSTES DE SECOURS	17
Postes principaux	18
Postes secondaires	20
Postes de surface	21
Postes de lavage	22
HÔPITAUX Z	23
Ventilation des postes	25
Ventilation forcée	26
Détection des gaz à l'intérieur	28
EQUIPES D'URGENCE	29
Ambulances	32
Personnel	33
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	41
TABLE DES MATIÈRES	43

ACHEVÉ D'IMPRIMER LE 2 MARS
1942 SUR LES PRESSES
DE L'IMPRIMERIE JEHAN
GAILLON - (EURE)





